EIN FALL

VON

SARKOMA TONSILLAE.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

KÖNIGL. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT

WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE

VORGELEGT VON

LUDWIG WOCHER

AUS

AICHACH.

MÜNCHEN.

VERLAG VON J. F. LEHMANN.

1893.

EIN FALL

VON

SARKOMA TONSILLAE.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

KÖNIGL. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT

WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE

VORGELEGT VON

LUDWIG WOCHER

AUS

AICHACH.

MÜNCHEN.

VERLAG VON J. F. LEHMANN.

1893.

Referent: Herr Hofrat Professor Dr. v. Rindfleisch.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30589149

Tonsillensarkome wurden bis vor kurzer Zeit noch für äusserst seltene Geschwülste gehalten. Scheurlen fand in der Litteratur bis zum Jahre 1885 nur 2 Fälle. Erst im Laufe der letzten neun Jahre haben sich die Berichte über Tonsillarsarkome gemehrt. Der Grund hiefür dürfte wohl nicht in einem häufigeren Auftreten dieser Affektion zu suchen sein, sondern in den zur Zeit häufigeren und ungefährlicheren operativen Eingriffen zur Beseitigung derartiger Geschwülste und der damit in Verbindung stehenden genaueren pathologisch-anatomischen Diagnose.

Bei einer sorgfältigen Durchmusterung der Litteratur habe ich folgende Fälle von Tonsillarsarkomen gefunden:

Fall 1.

Den ersten Fall verdanken wir Billroth.[1]) Die Geschwulst hatte sich bei einem 25jährigen kräftigen Manne innerhalb kurzer Zeit entwickelt, nahm die ganze Tonsille ein, ragte weit nach unten hängend vor und dehnte sich hinter dem velum palatinum aus. Von der ziemlich weichen Geschwulst wurden zweimal wegen Respirationsbeschwerden Stücke entfernt. Diese stellten eine weiche, weissliche Masse dar, welche sich nach bestimmten Richtungen hin bündelartig einreissen liess. Von der Schnittfläche, auf welcher keine Spur von Follikeln zu sehen war, floss ein weisser, trüber Saft. Die Substanz bestand vorwiegend aus parallel angeordneten, spindelförmigen Zellen, dazwischen war nur wenig Bindegewebe. Da jedoch diese Beobachtung aus einer Zeit stammt, wo man die heut zu Tage angewandten Untersuchungsmethoden noch nicht kannte, vermochte Billroth uns auch nichts Näheres über die genauere Anordnung der Geschwulstelemente anzugeben.

Fall 2.

Einen weiteren Bericht erhalten wir von H. Clutton. Es handelte sich um ein primäres Sarkom der rechten Tonsille, das sich bei einem 54jährigen Manne mit nachfolgender Infiltration

1) Billroth, Beiträge zur pathol. Histologie. Berlin 1858.

der Lymphdrüsen des Halses auf derselben Seite entwickelt hatte. Die Dauer des Leidens soll vier Monate betragen haben. Nähere Angaben über den Verlauf der Erkrankung und die dabei eingeschlagene Therapie fehlen.

Fall 3.

Ferner finden wir einen Fall Balding. Derselbe betraf eine 53jährige Patientin, welche sich mit abundanter Blutung aus dem Munde, foetor ex ore und diffus begrenzter Geschwulst an der linken Inframaxillargegend in ärztliche Behandlung begab. Die Schwellung im Rachen war bereits soweit vorgeschritten, dass Patientin nicht mehr den Mund zu öffnen vermochte. Im weiteren Verlaufe der Erkrankung bildeten sich in der Höhe des oberen Schildknorpelrandes zwei Abscesse; dann schwoll die Zunge stark an. Nach zwei Monaten starb die Patientin. Die Sektion ergab ein Sarkom der linken Tonsille, der regio inframaxillaris und Epiglottis.

Fall 4.

Scheurlen beschreibt ein Fibrosarkom der Tonsille, welches sich bei einem kräftigen, 56 jährigen Manne entwickelte und durch sein ebenso langsames wie stetiges Wachstum auszeichnete. Nachdem der Tumor lange Zeit dem Patienten keine besonderen Beschwerden verursacht hatte, stellte sich mit der Zeit ein lästiger, anfallsweise auftretender Husten ein und die zunehmende Grösse des Tumors erregte bei dem Patienten eine von Tag zu Tag zunehmende Besorgnis. Vom Munde aus sah man die beiden Gaumenbögen der rechten Seite weniger hervorragen und weniger gekrümmt als auf der linken Seite, ebenso war die Tonsille nicht mehr zu erkennen, sie war abgeflacht und hart und ging offenbar direkt in den Tumor über. Der sinus pyriformis war von der Geschwulst, welche auf den Kehldeckel drückte, gänzlich ausgefüllt. Die Geschwulst wurde von Bergmann, auf dessen Klinik der Fall zur Beobachtung kam, entfernt; allein schon 12 Stunden nach der Operation erfolgte plötzlich der exitus letalis unter den Zeichen eines apoplektischen Anfalles.

Fall 5 und 6.

Im Oktober 1885 wurden von A. E. Barker ein Lymphosarkom der Tonsille, von Bilton Pollard gleichfalls ein Tonsillarsarkom der Londoner pathologischen Gesellschaft vorgestellt. In Barkers Falle handelte es sich um ein typisches Lymphosarkom einer Mandel mit Beteiligung der Halslymphdrüsen derselben Seite bei einer 74jährigen Frau. Nach vorheriger Entfernung der Drüsen wurde das Sarkom, welches eingekapselt zu sein schien, ohne besondere Schwierigkeiten exstirpirt; schon

nach sechs Wochen trat aber ein Recidiv in der andern Tonsille und den benachbarten Weichteilen des Halses auf und die Patientin starb nach der Operation. Barker will jedoch im vorliegenden Falle die Operation nur als Palliativum wegen der Obstruktion der Fauces ausgeführt haben; er hält das Leiden für sehr selten, erwähnt aber noch zwei andere Fälle, welche innerhalb eines Jahres am Londoner University Hospital zur Beobachtung gelangten, deren einer einen 70 jährigen Mann betraf, bei welchem nach vollzogener Exstirpation kein Recidiv mehr erfolgte.

Bilton Pollard zeigte die rechte sarkomatöse Tonsille eines 72 jährigen Mannes, welche von Mr. Marcus Beck im University College Hospital entfernt worden war. Hier war die Operation leicht; der eingekapselte Tumor konnte nach einem Einschnitt in die Kapsel mit dem Finger ausgeschält werden. Eine genauere Beschreibung des mikroskopischen Befundes der Geschwulst fehlt jedoch.

Fall 7.

Einen ausführlichen Bericht, namentlich auch nach der operativen Seite hin, gibt uns ferner J. Mikulicz[1]), über ein von der Tonsillargegend ausgehendes, fast den ganzen Pharynx erfüllendes Sarkom. Patient, 28 Jahre alt, früher stets gesund, bemerkte seit 3 Monaten in der Gegend des rechten Kieferwinkels eine schmerzlose Geschwulst. Seit 2 Monaten war das Schlingen und Sprechen, seit einem Monat auch das Athmen beim Patienten erschwert; zeitweise ging Blut durch den Mund ab. Im Januar 1884 wurde der kräftig gebaute, mässig genährte Patient in die Klinik aufgenommen. Dabei zeigte sich unter dem linken Kieferwinkel eine gänseeigrosse, weiche Geschwulst von normaler Haut bedeckt. Durch die Digitaluntersuchung und Inspektion des Rachens liess sich eine von der rechten Tonsillargegend ausgehende, weiche, oberflächlich exulcerirte Geschwulst nachweisen, welche fast den ganzen mittleren Raum des Pharynx ausfüllte, nach unten bis an den Kehldeckel, nach oben bis an die Choanen reichte. Bei der Digitaluntersuchung erfolgte eine ziemlich starke Blutung. Die Athmung, sowie namentlich das Schlingen und Sprechen waren ausserordentlich erschwert. Am 16. Januar 1884 wurde die Pharyngotomie mit präventiver Tracheotomie ausgeführt. Schnitt vom Warzenfortsatz bis zum langen Zungenbeinhorn; subperiostale Resektion des Kieferastes mit Zurücklassung des Kieferwinkels und der Ansätze des M. masseter und Pterygoideus int., Durchtrennung des M. biventer und N. hypoglossus. Die ganze Geschwulstmasse wurde im

1) Deutsche medic. Wochenschrift Jahrg. 1886.

Zusammenhange herauspräparirt, so dass erst zum Schlusse die Rachenhöhle eröffnet wurde. Der Defekt der seitlichen Rachenwand reichte von den Choanen bis an den Kehldeckel. Nachdem ein fingerdickes Kautschukrohr in den Oesophagus geführt und an die äussere Haut genäht worden war, wurde die ganze Wunde mit Jodoformgaze tamponirt und zeigte aseptischen Wundverlauf. Nach 8 Tagen wurde die Jodoformgaze erneuert; am 10. Tage die Trachealkanüle entfernt, am 12. Tage das Schlundrohr. Vom 14. Tage an konnte Patient ohne besondere Beschwerden schlucken. Nach vier Wochen verliess der Operirte die Klinik, wobei die Stimme rein, Atmung und Schlingen unbehindert waren. Es zeigte sich jedoch eine Lähmung der rechten Lungenhälfte. Nach einer schriftlichen Mitteilung soll sich der Operirte zu Hause vollkommen wohl befunden haben; jedoch am 10. April, also nicht ganz drei Monate nach der Operation, starb der Patient. Ob ein Recidiv die Todesursache war, konnte nicht eruirt werden.

Fall 8 und 9.

H. Gray Croly berichtet zwei Fälle von malignem Sarkom der Mandel; der eine Patient war 17, der andere 50 Jahre alt. Beide Fälle ähnelten so sehr einem Abscess, dass ein Einschnitt gemacht wurde. Der erste Fall wurde nach vorausgeschickter Tracheotomie mit dem Cautère vom Munde aus operirt. Da sich jedoch im Anschlusse hieran alsbald ein Recidiv einstellte, sprach sich Croly gegen diese Art der Operation aus und bevorzugte die Operation von aussen, wofür auch Obalinski in Krakau Partei nimmt.

Fall 10.

Obalinski operirte einen 49jährigen Landmann, welcher ein von der rechten Pharynxwand ausgehendes und median bis zur Uvula, nach oben bis in die beiden Gaumenbögen, nach unten bis zur Epiglottis und dem rechten Ligam. arvepiglotticum reichendes Sarkom der rechten Tonsille hatte. Die Operation wurde nach vorausgeschickter Tracheotomie in Narkose ausgeführt. Der Blutverlust war sehr gering. Die Trachealkanüle wurde am 6. Tage nach der Operation entfernt, inzwischen der Patient mittels Schlundsonde ernährt. Nach 5 Wochen erfolgte Heilung ohne jegliche Zwischenfälle.

Zahlreicher sind die aus dem Jahrgange 1888 uns mitgeteilten Berichte:

Fall 11.

Jean Palmié beschreibt einen im städtischen allgemeinen Krankenhause in Friedrichshain beobachteten Fall von Sarcoma tons. dextr. et pharyngis eines 60jährigen Mannes. Tracheo-

tomia inf. Einlegen der Hahn'schen Canüle. Durchsägung der rechten Unterkieferhälfte und Exartikulation derselben. Exstirpation des sehr ausgedehnten Tumors. Die Trachea blieb frei von Blut. Am Tage nach der Operation wurde eine gewöhnliche Canüle eingelegt; drei Tage später dieselbe entfernt. Die Athmung war unbehindert. Nach 2 Monaten wurde der Operirte geheilt entlassen.

Fall 12.

Kümmell demonstrirte im ärztlichen Verein zu Hamburg einen Patienten, der ein rechtsseitiges Tonsillarsarkom gehabt hatte. Der 28 jährige Mann kam mit einem sehr grossen Sarkom der Hals-Lymphdrüsen in Kümmell's Behandlung. Dasselbe reichte von der Schädelbasis bis zur Clavicula. Es wurde nach vorheriger Ligatur der Carotis communis und des Venenplexus an der Schädelbasis exstirpirt und heilte in 10 Tagen per primam. Das Recidiv an der Tonsille erschien schon 8 Wochen später; zugleich bestand ein Tumor an der Parotis. Nach vorheriger Tracheotomie und temporärer Durchsägung des Unterkiefers gelang mit Leichtigkeit die Entfernung der Neubildung. Bei der Operation bewährte sich die Hahn'sche mit Pressschwamm umwickelte Canüle vortrefflich; ebenso zur Adaption der Kieferhälften die von Hausmann angegebene Verschraubung.

Fall 13.

Alexander Mac Coy erstattete gelegentlich der 10. Jahresversammlung der amerikanischen laryngologischen Gesellschaft in Washington Bericht über ein von ihm beobachtetes primäres Sarkom der Mandel. Seiner Aussage gemäss sei die Seltenheit von Berichten über diese Affektion der Tonsillen äusserst merkwürdig, da die letzten 2 Jahre eine Reihe solcher Fälle zu Tage gefördert hätten. Er unterliess es jedoch, eine rechtzeitige, chirurgische Behandlung im erwähnten Falle einzuleiten, zum Teil wegen der Seltenheit der Fälle und des Mangels einer klaren Diagnose, zum Theil auch, weil die Frühsymptome, die denen einer einfachen Entzündung der Tonsillen vollständig gleich waren, eine Diagnose zu Beginn der Erkrankung nicht zuliessen. Die Dauer des Leidens betrug ein Jahr, innerhalb welcher Zeit der Galvanokauter, der Gebrauch von Milchsäure, Jod, Carbolsäure, namentlich aber die Vereinigung der beiden letzten Mittel in krystallinischer Form (im Verhältnis von 1 : 4) in Anwendung gezogen wurde, speziell zur Unterdrückung des Foetor ex ore während der Ulcerationsperiode.

Fall 14.

M. H. Richardson operirte eine sechzigjährige Frau

an einem Tonsillarsarkom. Bei derselben zeigte sich äusserlich nur eine geringe Deformität, indem sich eine leichte Schwellung unter dem linken Ohre fand; indessen war die Tonsille mit der Pharynxwand über die Mittellinie hinausgedrängt worden. Die Schleimhaut des Pharynx zeigte normale Beschaffenheit. Der Tumor wurde durch Incision von aussen exstipirt und es erfolgte eine vollständige Heilung. Die Diagnose stützte sich in diesem Falle auf das grobe Aussehen der Geschwulst und wurde durch die mikroskopische Untersuchung nachträglich bestätigt.

Fall 15.

Raymond Johnson demonstrirte der Clinical Society of London im April 1889 einen 56jährigen Mann, dessen linke Tonsille die Grösse einer kleineren Orange erreicht hatte und an ihrer inneren Seite ulcerirt war. Ausserdem fanden sich an der linken Seite des Halses einige vergrösserte Drüsen. Die Geschwulst machte den Eindruck eines Lymphosarkoms.

Fall 16.

D. W. Cheever[1]). Sarkom der Tonsille. Excision. In diesem Falle reichte die linke Tonsille nahe bis an das Zäpfchen und hatte etwa die Grösse eines Hühnereies. An der linken Seite des Halses waren zwei Drüsen fühlbar, jede von der Grösse einer Kastanie. Die Operation wurde unter Aethernarkose an dem sitzenden Patienten ausgeführt. Eine Drüse wurde vor und eine seitlich vom m. sterocleidomastoideus entfernt. Der erste Schnitt war ein halbmondförmiger, mit der Concavität nach oben; er hielt die Grenzen des vom m. digastricus gebildeten Dreiecks inne. Darauf wurde ein zweiter Schnitt über den Unterkiefer senkrecht auf die Mitte des vorigen geführt. Hernach der m. mylohyoideus durchschnitten und die andern Theile nach einer Seite gedrängt. Sodann der Unterkiefer vor dem m. masseter durchsägt. Der Tumor liess sich mittels des Fingers nach aussen drängen, er war in eine zarte Kapsel eingeschlossen. Bei der Punktion entleerte sich eine weiche Masse. Der Tumor liess sich ohne grosse Schwierigkeiten entfernen. Eine stärkere Blutung trat dabei nicht ein. Die art. fac. und vena jug. ext. waren die einzigen bei der Operation zu unterbindenden Gefässe. Die Wunde am Pharynx wurde nicht genäht; der Kiefer mit Draht vereinigt, die äussere Wunde in der Haut teilweise geschlossen, mit 2% Borsäurelösung ausgespült und mit Borgaze tamponirt. Der Verband täglich gewechselt. Die Heilung erfolgte sehr schnell, ohne jede Störung. Am 30. Tage wurde der Draht entfernt; der Unterkiefer war fest vereinigt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass es sich um ein Rundzellen-Sarkom handelte.

---

1) Phil. Med. News 2. V. 1889,

Fall 17.

W. M. Gray[1]) beschreibt ein Alveolarsarkom der Tonsille. Die Geschwulst begann als einfache Schwellung der Mandel, welche bald vereiterte. Ein behufs Feststellung der Diagnose entferntes und mikroskopisch untersuchtes Geschwulstpartikelchen zeigte die Struktur des Alveolarsarkoms, in welchem die Rundzellen doppelt so dicht lagen, als die normalen lymphoiden Zellen der Tonsille. Eine Operation wurde hier nicht gestattet

Fall 18.

Schoenborn demonstrirte am 14. Juli 1888 zu Würzburg auf der Kreisversammlung der Aerzte von Unterfranken eine 64jährige Frau, bei welcher er nach der Methode von Mikulicz ein Sarkom der rechten Tonsille, das weit hinauf in den Rachenraum gewuchert war, exstirpirt hatte, Die Frau befand sich zur Zeit der Vorstellung — 14 Tage nach der Operation — trotz des schweren Eingriffes ziemlich wohl.

Fall 19.

R Norris Wolfenden[2]) berichtete über einen Fall von primären Sarkom der Mandel. Eine 52jährige Frau klagte, dass sie einen Klumpen im Halse verspüre, der an Grösse zunehme und ihr beim Schlucken immer grösser werdende Beschwerden verursache. Die Diagnose eines Tonsillarsarkoms wurde gestellt: 1) aus dem Alter der Patientin; 2) aus dem Schmerz auf Druck namentlich am Kieferwinkel; 3) aus der Vergrösserung nur einer Tonsille (Mandelschwellungen hatten früher nie bestanden); 4) aus der allmählichen Wachstumszunahme der Mandel und dem entzündlichen Hofe rings um dieselbe. — Die Mandel wurde mit dem Galvanokauter entfernt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte die Struktur eines Rundzellen-Sarkoms. Auch Wolfenden ist der Ansicht, dass maligne Erkrankungen der Tonsille etwas gewöhnlicheres sind, als die Zahl der bis dahin publizirten Fälle vermuten lässt. Dieselbe Geschwulst der Mandel will er im Laufe von drei Jahren an vier weiteren Patienten gesehen haben.

Fall 20.

Henry A. Lediard erwähnt ein Lymphosarkom der Tonsille. Laryngotomie und Enucleation des Tumors. Recidive in den Halsdrüsen. Heilung.

Fall 21.

G. Hunter Makenzie[1]) (Edinburgh). Ein Fall von Sarkoma tonsillae. In den Früh-Stadien bestand hier eine erheb-

---

1) Intern. Journal of the med. Sciences. Febr. 1889.
2) Journal of Laryngolog. Okt. 1889.
3) Brit. med. Journ. 21. VI. 90.

liche Aehnlichkeit mit einer chronisch entzündlichen Schwellung der Tonsille. Wegen extensiver Beteiligung der Drüsen am Halse war hier eine Operation contraindicirt und der Patient starb, nachdem der Tumor innerhalb kurzer Zeit bedeutend an Grösse zugenommen und sich in der Umgebung weithin ausgedehnt hatte.

Fall 22.

Mr. Lennox Browne legte der Britisch Laryngologicaland Rhinological Association am 13. Juni 1890 mikroskopische Präparate eines Alveolarsarkoms der Tonsille vor, von dem er annahm, dass es im direkten Gefolge eines Diphterieanfalles entstanden sei.

Fall 23.

In der Berliner laryngolog. Gesellschaft (Sitzung vom 2. Mai 1889) stellte Landgraf einen Patienten mit einem von der oberflächlich ulcerirten, rechten Tonsille ausgehenden Sarkom vor, worauf sich eine längere Discussion über die Frage der Behandlung solcher Fälle anschloss. Ebenso sah Schoetz bei einem Kollegen dieselbe Erkrankung. Der bei demselben vorgenommene chirurgische Eingriff hatte den exitus letalis zur Folge. Deshalb hält er bei derartigen Tumoren die Behandlung mit Elektrolyse indicirt.

Fall 24.

I. V. Fitzpatrick[1]). Ein Fall von Alveolarsarkom mit Heilung. Derselbe war interessant wegen des ungemein langsamen Wachstums der Geschwulst und dadurch, dass dieselbe abgekapselt blieb und keine erheblicheren Drüseninfiltrationen im Gefolge hatte trotz der einjährigen Dauer und der beträchtlichen Grösse, welche der Tumor schliesslich erreicht hatte.

Fall 25.

Holger Mygind[2]) behandelte einen 31jährigen Mann, der bereits zweimal wegen eines Tumors an der linken und später an der rechten Mandel operirt worden war. Mygind lehnte weitere Operationen ab und entschloss sich, die Geschwulst mit Elektrolyse zu behandeln. Allein bei dieser Behandlung bildete sich der Tumor allmählich zu einer graulichen, nekrotischen Masse um, die sich leicht mit einem kleinen Schnitt entfernen liess. Indessen wuchs die Geschwulst sehr schnell wieder und ergriff auch die benachbarten Gewebe. Kurz nachher starb der Patient in einem Anfalle von Erstickung unter heftigen Krämpfen. Mikroskopischer Befund: primäres Sarkom der Tonsille.

---

1) Cincinnati Lancet-clin. 38. VI. 90.
2) Journ. of Laryngol. VIII. 90.

Fall 26.

J. Homans[1]). Ein Fall von Sarkoma tonsillae, welches mittels Incision von aussen exstirpirt wurde. Nach 5 Monaten war noch kein Recidiv vorhanden. Heilung nachdem sich das Allgemeinbefinden des Patienten rasch gebessert hatte.

Fall 27.

Schoetz[2]) berichtet über einen früher von ihm demonstrirten Fall mit Larynxcarcinom, das durch Elektrolyse geheilt war. Nach 4 Monaten zeigte sich über der rechten Tonsille ein Ulcus, das trotz Elektrolyse zunahm. Halm behandelte es mit dem Galvanokauter und Arsen-Injektionen ohne Erfolg. Die Sektion ergab aber ein Sarkom der Tonsille.

Fall 28.

Dr. Willy Meyer[3]) (New York) stellte der New Yorker chirurgischen Gesellschaft am 14. Oktober 1891 folgenden Fall vor. Patient, 34 Jahre alt, war nach der Methode von Mikulicz wegen einer malignen Geschwulst der rechten Tonsille operirt worden. Derselbe hatte wegen der sehr heftigen Schmerzen selbst die Operation verlangt. Praeliminare. Tracheotomie. Trendelenburg'sche Tampon-Canüle. Dann Hautschnitt nach Mikulicz. Exstirpation der Drüsen. Unterbindung der rechten Carotis ext. und des aufsteigenden Astes der Art. maxillar. infer. Exstirpation der Tonsille mit dem Pharynx der rechten Seite, der Epiglottis und der ganzen Zunge. Die Tampon-Canüle blieb 48 Stunden liegen, um sodann mit einer gewöhnlichen Canüle vertauscht zu werden. Durch die Wunde wurde ein elastischer Katheter in den Oesophagus geführt und der Patient durch denselben ernährt. Am 10. Tage wurde die Canüle entfernt. Patient befand sich bei der Vorstellung in gutem Ernährungszustande und klagte nur über etwas Kurzatmigkeit. Er kann gut essen und schlucken; ebenso kann er deutlich genug artikuliren, um sich verständlich zu machen.

In dem Atlas von Mikulicz und Michelson findet sich auf Taf. XXI Fig. 3 ein Sarkom der Tonsillengegend abgebildet, welches ein Gumma vortäuschte.

Fall 29.

In dem von Luc[4]) mitgeteilten Falle blieb trotz zweimaliger Probeexcision die Diagnose lange Zeit unklar, bis die Anschwellung der submaxillaren Lymphdrüsen den Verdacht einer malignen Neubildung erweckte. Nochmalige mikroskopische

1) Boston med. and Surg. Journal 6. XI. 90.
2) Internat. Centralblatt f. Laryngal. 5. IX. 1892.
3) New-York med. Journ. 30. I. 1892.
4) Arch. internat. de laryngol. IV 1892.

Untersuchung ergab als Resultat die Existenz eines Lymphosarkoms.

Fall 30.

Sedziak[1]) konnte bei einem 48jährigen Manne ein Lymphosarkom der rechten Tonsille vom Munde aus entfernen.

Fall 31.

Newmann[2]) beschreibt einen Fall derselben Art, der ebenfalls von der Mundhöhle aus operirt wurde.

Fall 32.

Cimmino[3]) hat unter 135 Fällen von Erkrankungen des Halses nur einmal ein Myxo-Sarkom der Tonsille gesehen.

Fall 33.

Zum Schlusse möchte ich diesen eben angeführten Fällen von Tonsillar-Sarkomen einen unlängst hier zur Beobachtung gelangten Fall anreihen und denselben einer eingehenden Betrachtung unterwerfen mit besonderer Berücksichtigung des mikroskospischen Befundes der Geschwulst. Genannter Fall stammt aus der Privatpraxis des Herrn Privatdocenten Dr. Seifert, welcher die Diagnose auf ein Tonsillarsarkom gestellt hatte, was sich bei der nachträglichen operativen Entfernung des Tumors durch Herrn Privatdocenten Dr. Hoffa und die nun folgende mikroskopische Untersuchung der Geschwulst bestätigte.

Patient D., 35 Jahre alt, Bäcker aus A., wurde am 29. I. 92 in die Privatklinik von Hoffa in Würzburg aufgenommen. Derselbe ist von grosser Figur und kräftigem Körperbau; er zeigt keine Drüsenschwellungen am Halse. Seit 2 Monaten hatte Patient ein Hindernis beim Sprechen verspürt, in den letzten Wochen auch Beschwerden beim Schlucken auf der linken Seite des Halses empfunden. Vierzehn Tage vor der Aufnahme in die Klinik wurde die linke Mandel mit dem Galvanokauter behandelt; seit dieser Zeit soll sich nach hinten zu eine knollige Wucherung entwickelt haben. Beim Eintritt in die Klinik zeigte sich folgender Befund:

An Stelle der linken Tonsille erblickt man beim Oeffnen des Mundes eine etwa apfelgrosse Geschwulst, welche frei in den Rachenraum hineinhängt. Die Geschwulst geht auf das vordere Gaumensegel über, ist an ihrer Oberfläche höckerig, blaugrau durchscheinend und in den Buchten mit zähem Schleim bedeckt. Mit dem Zeigefinger vermag man unter die Geschwulst hinunter zu greifen und kann sich davon überzeugen, dass sie

1) Monatsschrift für Ohrenheilkunde. 1892. p, 289.
2) The americ. Journ. of med. sciences V. 1892.
3) ref. im Internat. Centralblatt für Laryngol. V. IX. 1892.

zwischen hinteren und vorderen Gaumensegel ihren Ausgang nimmt und bis an die Zungenbasis hinunter reicht. Die Drüsen in der Nachbarschaft zeigen keine Veränderung.

Nach diesem Befunde, namentlich aus dem Freisein der Drüsen und dem ausserordentlich raschen Wachstum der Geschwulst wurde Diagnose auf ein Sarkoma tonsillae gestellt und diese Diagnose die durch die histologische Untersuchung eines kleinen, aus der Geschwulst exstirpirten Stückchens bestätigt. Die Therapie konnte hier nur in der Exstirpation der Geschwulst bestehen. Dieselbe wurde am 1. II. 92 vorgenommen nach dem von Mikulicz angegebenen Operationsverfahren mit Ausnahme der praeliminaren Tracheotomie; diese Complikation der Operation wollte Hoffa dadurch vermeiden, dass er bei eventueller starker Blutung die anfangs in sitzender Stellung des Patienten ausgeführte Operation am hängenden Kopfe beendigen wollte. Es zeigte sich aber, dass die Möglichkeit, alle Gefässe vor der Durchschneidung der Schleimhaut zu unterbinden, auch die Operation am hängenden Kopfe schliesslich unnötig machte. Die Mikulicz'sche Operation schafft sich den Zugang zur Tonsillengegend durch einen Schnitt, welcher vom Proc. mastoideus am unteren Rande des Unterkiefers entlang bis zum Zungenbein geführt wird. Nach Durchtrennung der Haut wird unter der Ligatur aller unter das Messer kommenden Gefässe der untere Rand des Unterkiefers am Unterkieferwinkel blossgelegt. Nun werden die Weichteile vom aufsteigenden Unterkieferast subperiostal abgetrennt; sodann wird dieser an seiner Basis mit der Kettensäge durchsägt und nach Durchschneidung der Ansätze der Temporalis-Sehne enucleirt. Es liegt nunmehr die seitliche Pharynxwand frei und so gelang es in unserem Falle leicht, den Tumor zu umschneiden und mit dem Finger auszuschälen.

Makroskopisch schien die Operation vollständig im Gesunden geglückt zu sein. Die Wunde wurde mit Jodoformgaze tamponirt und der Tampon nach 5 Tagen entfernt. Patient hatte anfangs Schmerzen beim Schlucken, konnte aber doch ohne Schlundrohr ernährt werden. Die Temperatur betrug am Abend des 2. Tages nach der Operation 38.3° C., um dann zur Norm herabzusteigen. Nach 14 Tagen wurde der Patient aus der Klinik entlassen. Zwei Monate später stellte er sich wieder vor, konnte sehr gut kauen, hatte auch an Kräften bedeutend zugenommen und fühlte sich sehr wohl. Nach Verlauf eines weiteren Monates machten sich jedoch neuerdings Beschwerden beim Schlucken bemerkbar. Patient gab an, dass die Bissen nur schwer den Rachen passirten und liess sich deshalb wiederum in die Klinik aufnehmen. Hier wurde festgestellt, dass am

unteren Ende der früheren Narbe, entsprechend der Zungenbasis ein etwa wallnussgrosses Recidiv entstanden ist. Es blieb nichts anderes übrig, als auch dieses zu entfernen; allein diesmal war die Operation in dem alten Narbengewebe ungleich schwieriger als das erstemal und musste zur Stillung der Blutung die Carotis unterbunden werden. Patient überstand jedoch die zweite Operation ganz gut und verliess schon am 5. Tage nach derselben die Klinik, um die Heilung der Wunde zu Hause abzuwarten. Bei nochmaliger Vorstellung nach Verlauf von 6 Wochen konnte ein Recidiv nicht bemerkt werden.

Am 30. IX. 92 stellte sich Patient abermals vor. Es hatten sich in der Zwischenzeit erhebliche Beschwerden beim Schlingakte und Schmerzen, welche nach dem linken Ohre ausstrahlten, eingestellt. Diesmal war der Befund folgender: Unter dem linken Unterkieferwinkel findet sich eine brettharte, nach der linken Fossa supraclavicularis hinziehende, die Haut beträchtlich vorwölbende Infiltration, die sich weit in die Tiefe erstreckt und nicht deutlich mit den Fingern abtasten lässt. Patient kann den Mund nur sehr wenig öffnen, so dass die Untersuchung der Mund-Rachenhöhle äusserst schwierig ist. Man sieht, dass die linke Hälfte des weichen Gaumens der Tonsillengegend und Zungenbasis von einer an einzelnen Stellen zerfallenen Geschwulst eingenommen ist, welche den Isthmus faucium ganz bedeutend verengert. Der Kehlkopf ist noch frei.

Die Constitution unseres Patienten ist jedoch nicht mehr geeignet zu weiteren operativen Eingriffen. Es wird daher vom behandelnden Arzte die Applikation von Pyoktanin auf die ulcerirten Parthieen der Geschwulst empfohlen.

Am 15. III. 93 entleerte sich eine ziemliche Menge übelriechenden Eiters aus dem Munde und nach 2 Tagen war die zuvor unförmlich geschwollene und weit über die Zahnreihe hervorragende Zunge soweit abgeschwollen, dass sie wiederum Platz in der Mundhöhle hatte. In Folge dessen war auch die Sprache wieder deutlicher, auch die Speisenzufuhr gelang besser. Man sah in der linken Mandelgegend eine ungefähr hühnereigrosse mit graugelben nekrotischen Gewebsfetzen ausgekleidete Abscesshöhle; zugleich hatte sich die von der ersten Operation herrührende Narbe hinter dem aufsteigenden Unterkieferast wieder breit geöffnet und auch hier floss mit Speiseresten vermischt derselbe foetide Eiter heraus. Die mit der Entleerung des Eiters eingetretene subjektive Erleichterung belebte die längst aufgegebene Hoffnung des Patienten wieder, das Allgemeinbefinden desselben wurde jedoch von Tag zu Tag schlechter, bis ohne weitere Complikationen der exitus letalis unter den Erscheinungen allgemeiner Erschöpfung am 18. III. 93 erfolgte.

Mikroskopischer Befund der Geschwulst.

Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergibt im Ganzen ein kleinzelliges Rundzellensarkom. Die Zellen besitzen einen grossen kugeligen oder ovalen Kern, daneben nur wenig Protoplasma. Spindelzellen sind nur in vereinzelten Zügen zu finden, welche grössere Partieen der Geschwulstsubstanz in grossem Bogen umziehen und sich an die bindegewebige Umhüllung anlegen. Zwischen den Rundzellen liegt meist spärliches, nur stellenweise reichlicheres Stützgewebe, das letztere insbesondere in der Umgebung der Capillarschlingen. Die grosse Weichheit der Geschwulst wird, abgesehen von ihrem Zellenreichtum im Allgemeinen, namentlich auch durch solche Stellen bestimmt, welche sich als rundliche Heerde von geradezu flüssiger Consistenz ergeben. Sie sind von wechselnder Grösse bis stecknadelkopfgross und liegen oft dicht geschaart in allen Schichten der Geschwulst. Thatsächlich fehlt hier jede Grundsubstanz festeren Charakters, nur eine durchsichtige Flüssigkeit hält die dichtgedrängten Sarkomzellen suspendirt. Diese Zustände würden histologisch von Abscedirungen oder Eiterungen nicht zu unterscheiden sein, wenn nicht der Mangel an kleeblattförmigen Kernen die vorliegende Rundzelle den Eiterkörperchen gegenüber charakterisirte. Die relativ spärlichen Gefässe ziehen als dünnwandige Kanäle zwischen den Zellenmassen hindurch. Auch finden sich einige zum Teil leere, zum Teil mit Lymphflüssigkeit gefüllte, ovale Hohlräume, sogenännte Lymphspalten mit Endothel ausgekleidet. Stellenweise sind in den mikroskopischen Schnitten die Falten und Buchten der Mundhöhlenschleimhaut getroffen.

Am Schlusse vorliegender Arbeit erlaube ich mir, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Hofrat Professor Dr. von Rindfleisch für die gütige Uebernahme des Referates, sowie den Herren Privatdocenten Dr. Hoffa und Dr. Seifert für die liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit den geziemenden Dank auszusprechen.

Literatur.

Billroth: Beiträge zur patholog. Histologie, Berlin 1858.
Billroth: Deutsche Klinik. J. 1856. Nr. 6.
Berliner klin. Wochenschrift. J. 1888. Nr. 23.
Centralblatt für Chirurgie. Leipzig 1887. 14. Jahrgang Nr. 14.
Deutsche med. Wochenschrift. Jahrg. 1886. Nr. 10 und 11.
Münchner med. Wochenschrift. Jahrg. 1888. Nr. 23.
Monatsschrift für Ohrenheilkunde, sowie für Kehlkopf-, Nasen-, Rachenkrankheiten. 19. Jahrg. Berlin 1885.
Internationales Centralblatt für Laryngologie und Rhinologie und verwandte Wissenschaften. Berlin 1891.
Scheurlen Ernst. Dissertation. Berlin 1885.
Schmidt's Jahrbücher der in- und ausländischen Gesamtmedizin Jahrg. 1886 S. 277. Jahrg. 1887 S. 266.
The New-Yorker Medical Journal. Jahrg. 1892.
Ziegler, Lehrbuch der pathol. Anatomie. Jena 1887.

Verlag von J. F. Lehmann in München.

Lehmann's medicin. Handatlanten.

Bisher sind erschienen oder gelangen im Laufe der nächsten Wochen zur Ausgabe:

Band II und folg. erscheinen in 8⁰ Format, während Band I in Sedez zur Ausgabe kam.
Alle Bände sind in 4 — 7 fachem prächtigen Farbendruck ausgeführt.

Bd. I. **Atlas der Geburtshülfe.** 1. Teil: Der Geburtsakt, dargestellt in 98 farbigen Tafeln von Dr. O. Schäffer, Assistent an der kgl. Frauenklinik in München. Preis eleg. geb. *M.* **4.** —.

Bd. II. **Atlas der Geburtshülfe.** II. Theil: Die Schwangerschaft, in ca. 150 farbigen Bildern, von Dr. O. Schäffer. Preis circa *M.* **7.** —.

Bd. IV. **Atlas der Krankheiten des Mundes, der Nase und des Nasenrachenraumes.** In 64 color. Abbildungen dargestellt von Dr. med. L. Grünwald. Preis eleg. geb. *M.* **6.** —.

Bd. V. **Atlas der Hautkrankheiten.** In 88 color. Tafeln herausgegeben von Privatdocent Dr. Kopp. Preis eleg. geb. *M.* **10.** —.

Bd. VI. **Atlas der Geschlechtskrankheiten.** In 52 colorirten Tafeln herausgegeben von Privatdocent Dr. Kopp. Preis eleg. geb. *M.* **6.** —.

In Vorbereitung befinden sich:

Bd. III. **Atlas der Gynäkologie,** in 98 farbigen Tafeln, von Dr. O. Schäffer. Preis circa *M.* 8. —.

Bd. VII. **Atlas der Ophtalmoscopie.** Mit circa 100 colorirten Tafeln. Preis eleg. geb. *M.* **10.**—.

Bd. VIII. **Atlas der vergleichenden Anatomie und systematischen Zoologie.** In 500 farbigen Abbildungen. Von Dr. K. Fiedler, Privatdocent an der Universität Zürich. Preis eleg. geb. *M.* **6.**—.

Bd. IX. **Atlas der pathologischen Anatomie.** In circa 100 farbigen Tafeln. Von Prof. Dr. Bollinger. Preis eleg. geb. *M.* **8.**—.

Bd. X. **Atlas der gerichtlichen Medicin.** In circa 50 Abbildungen. Preis eleg. geb. *M.* **5.**—.

Bd. XI. **Atlas der Klin. Microscopie.** 80 Tafeln. Preis *M.* **5.**—.

Bd. XII. **Atlas der Chirurgie.** In circa 200 Abbildungen. Preis *M.* **10.**—.

Bd. XIII. **Atlas der Fracturen und Luxationen.** In ca. 80 Taf. Preis *M.* **5.**—.

Bd. XIV. **Atlas der Bacteriologie und Infections-Krankheiten.** In 60 Tafeln. Preis *M.* **5.**—

Bd. XV. **Atlas der Anatomie.** In circa 100 farbigen Tafeln. Preis *M.* 8.—.

Bd. XVI. **Atlas der Kehlkopfkrankheiten.** In 40 farb. Taf. Preis ca. *M.* 8.—.